



**FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA**  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Artigo de investigação Médico Dentário  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

## **MANIFESTAÇÕES ORAIS E ALTERAÇÕES DO PERFIL PSICOSSOMÁTICO EM DOENTES COM ANOREXIA E BULIMIA**

Cláudia Sofia Barbosa da Costa Ribeiro

**Orientador:**

**João Carlos Gonçalves Ferreira de Pinho**

**Coorientador:**

**Manuel António Fernandez Esteves**

Porto, 2014

## **Agradecimentos**

Agradeço ao meus pais, à minha família e aos meus amigos.

Agradeço ao Senhor Professor Doutor João Carlos Pinho, Mestre Miguel Pais Clemente e a todos os elementos do Departamento de Oclusão da FMDUP.

Agradeço ao Senhor Professor Doutor Vítor Manuel dos Santos Teixeira

Agradeço ao Senhor Professor Doutor Manuel Esteves Fernandez, Senhor Professor Doutor António Roma Torres e à Senhora Professora Doutora Isabel Marques Brandão.

## Resumo

**Introdução:** Os distúrbios alimentares são uma perturbação psicológica patológica, associada a uma plêiade de complicações médicas graves, quer psicológicas quer metabólicas. As manifestações orais e dentárias são características e reveladoras precoces da doença. A coexistência de distúrbios alimentares e outras perturbações psicológicas, é frequente. Uma vez que os fatores psicológicos podem predispor ou perpetuar a sintomatologia da articulação temporomandibular, supõe-se que os distúrbios alimentares possam contribuir para um aumento da prevalência de parafunções orais, como o bruxismo.

**Objetivo:** Análise das manifestações orais e temporomandibulares de doentes com distúrbios alimentares e a sua possível predisposição para o bruxismo.

**Metodologia:** A amostra deste estudo contemplou 60 voluntários (n=60), 30 do grupo de estudo com diagnóstico de anorexia ou bulimia da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, da Consulta de Comportamento Alimentar e 30 do grupo de controlo, voluntários saudáveis que frequentam a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. O estudo contemplou o preenchimento de questionários, observação e avaliação clínica, extra e intraoral, avaliação geral da dentição, padrões de desgastes dentários, palpação muscular da Articulação Temporomandibular e execução de *Brux Checker*<sup>®</sup> em 7 sujeitos do grupo em estudo identificados com bruxismo.

**Resultados:** Foram encontrados resultados estatisticamente significativos\* entre o grupo de estudo, doentes com distúrbios alimentares e o grupo de controlo, sujeitos saudáveis. \*p<0,05

**Conclusão:** Os doentes com distúrbios alimentares apresentavam características orais diferentes dos indivíduos saudáveis, associados também a níveis de ansiedade e depressão significativamente superiores. Embora os resultados não tenham sido estatisticamente significativos, para afirmar que doentes com distúrbios alimentares apresentavam maior prevalência de bruxismo, provavelmente reproduzindo o estudo, com amostra superior e acesso aos meios auxiliares de diagnóstico de bruxismo para toda a amostra, poderia confirmar uma tendência que parece existir.

**Palavras chave:** “Distúrbios Alimentares”; “Anorexia”; “Bulimia”; “Dentes”; “Bruxismo”; “*Brux Checker*<sup>®</sup>”.

## Abstract

**Introduction:** Eating disorders are a pathological psychological disturbance associated with a host of serious medical complications, either psychological or metabolic. Oral and dental manifestations are characteristic of the disease and early revealing. The coexistence of eating disorders and other psychological disorders is frequent. Once that psychological factor may predispose or perpetuate symptoms of Temporomandibular Joint, it is assumed that eating disorders may contribute to an increased prevalence of oral parafunctions as bruxism.

**Aim:** Analysis of oral and temporomandibular manifestations of patients with eating disorders and their possible predisposition to bruxism.

**Methodology:** The sample in this study included 60 volunteers (n = 60), 30 of the study group diagnosed with anorexia or bulimia, from the Clinical Psychiatry and Mental Health Hospital of St. John of Feeding Behavior Consultation and 30 in the control group, healthy volunteers who attend the School of Dental Medicine, University of Porto. The study included the completion of questionnaires, and clinical observation, extra and intraoral assessment, general assessment of dentition patterns of tooth wear, palpation of the Temporomandibular Joint and execution of *Brux Checker*<sup>®</sup> at 7 subjects in the study group identified with bruxism.

**Results:** Statistically significant results were found between \* the study group, patients with eating disorders and the healthy control group subjects. \*  $p < 0,05$

**Conclusion:** Patients with eating disorders had different oral characteristics of healthy subjects, also associated with levels of anxiety and depression significantly higher. Although the results were not statistically significant, to say that patients with eating disorders had a higher prevalence of bruxism, probably replicating the study with a greater sample and access to ancillary diagnostic bruxism means for the entire sample, could confirm a trend that seems exist.

**Key words:** “Eating Disorders”; “Anorexia”; “Bulimia”; “Teeth”; “Bruxism”; “*Brux Checker*<sup>®</sup>”.



## **Índice**

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>II</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>III</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>IV</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>VI</b>
<b>Índice de Tabelas .....</b>	<b>VII</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Método .....</b>	<b>4</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>4</b>
<b>Instrumentos .....</b>	<b>4</b>
<b>Procedimento .....</b>	<b>5</b>
<b>Procedimento de análise de dados.....</b>	<b>6</b>
<b>Considerações éticas .....</b>	<b>7</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>8</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>17</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>22</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>23</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>IX</b>

## Índice de Figuras

Fig. 1 - <i>Brux Checker</i> <sup>®</sup> .....	6
Fig. 2 - <i>Erkoform 3d</i> <sup>®</sup> .....	6
Fig. 3 - Modelo de trabalho .....	6
Fig. 4 - Visor digital .....	6
Fig. 5 – Película termoformada .....	6

## Índice de Tabelas

Tabela I - Critérios de inclusão e exclusão na seleção da amostra.....	4
Tabela II - Sensação de boca seca entre os grupos.....	8
Tabela III - Consumo de ISRS e sensação de boca seca .....	8
Tabela IV - Consumo de Benzodiazepinas e sensação de boca seca .....	9
Tabela V - Indução de vômito e lesões de erosão dentária .....	10
Tabela VI - Indução de vômito e lesões intraorais .....	10
Tabela VII - Indução de vômito e lesões extraorais .....	11
Tabela VIII - Sinais e sintomas de bruxismo .....	11
Tabela IX – RDC/TMD Eixo I, grupo I .....	12
Tabela X – RDC/TMD Eixo I, grupo II – ATM direita .....	12
Tabela XI – RDC/TMD Eixo I, grupo II – ATM esquerda.....	13
Tabela XII – RDC/TMD Eixo I, grupo III - ATM direita.....	13
Tabela XIII – RDC/TMD Eixo I, grupo III - ATM esquerda.....	14
Tabela XIV – Distúrbios alimentares e ansiedade segundo Hamilton .....	15
Tabela XV – Distúrbios alimentares e depressão segundo Hamilton .....	15
Tabela XVI – Presença de sinais e sintomas de bruxismo e indicador de ansiedade segundo Hamilton .....	16
Tabela XVII – Presença de sinais e sintomas de bruxismo e indicador de depressão segundo Hamilton .....	16

## Introdução

Atualmente, e cada vez mais, a sociedade é bombardeada pelos órgãos de comunicação social com uma padronização da fisionomia considerada ideal. Fisionomia essa que contempla um peso corporal muito abaixo da média, no sexo feminino, e um corpo excessivamente musculado, no sexo masculino<sup>(1,2)</sup>.

Os distúrbios alimentares são, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, integrantes de uma nova categoria que inclui *Feeding and Eating Disorders*<sup>(3)</sup>.

Etiologicamente advém de uma convergência multifatorial e biopsicossocial<sup>(4)</sup>. O perfeccionismo foi, inclusive, referido como fator trans-diagnóstico, (isto é que não se restringe no foro de uma única doença), para os distúrbios de ansiedade, depressão e distúrbios alimentares<sup>(5)</sup>.

A anorexia caracteriza-se pela recusa em manter um peso corporal superior, igual ou minimamente normal para a sua altura e idade, manifestando medo obsessivo em ganhar peso, estando com déficit de peso<sup>(6,7)</sup>.

A bulimia, consiste numa ingestão de grandes quantidades de alimentos, seguida de episódios comportamentais compensatórios inapropriados desses excessos, (os quais ocorrem pelo menos duas vezes por semana durante três meses consecutivos). Os doentes induzem o vômito, utilizam fármacos como laxantes e diuréticos ou recorrem a episódios de prática de exercício físico excessivo<sup>(6,7)</sup>.

De acordo com o proposto no *International Classification of Diseases, ICD 11* (2012), a denominação anorexia nervosa será substituída por dois subtipos, anorexia restritiva e anorexia purgativa, por ser frequente os doentes apresentarem, dentro do mesmo distúrbio, etapas de restrição e de purgação<sup>(3)</sup>.

Como manifestações sistémicas associadas à anorexia e bulimia estão descritas: desidratação; anomalias eletrolíticas; função cardíaca anormal, complicações gastrointestinais; anomalias endócrinas; osteopenia e diminuição da fertilidade<sup>(6)</sup>. Menos frequentes são a alcalose metabólica; o fenómeno de Raynaud; as artralgias; a xeroftalmia; baixos níveis de proteína sérica; depleção de zinco, triptofano, serotonina, cálcio e cloro; elevados níveis de fosfatase alcalina, amílase sérica e hidrocortisona<sup>(8,9)</sup>.

As manifestações orais e dentárias em doentes com distúrbios alimentares são características e permitem um diagnóstico precoce de distúrbios alimentares<sup>(8)</sup>.

Um doente com indução de vômito apresenta um padrão de erosão dentário muito característico, provocado pelos episódios de vômito auto induzido. Quanto mais prolongado for a duração desse episódio de vômito mais prevalentes serão as perdas de esmalte dentário, resultando num aumento da sensibilidade dentária ao frio, calor e ácidos <sup>(8)</sup>.

Inicialmente, a perda de esmalte dentário ocorre nas superfícies lisas palatinas dos incisivos maxilares centrais e laterais e, posteriormente, nas superfícies palatinas dos molares maxilares, superfícies palatinas das cúspides maxilares e superfícies oclusais dos molares maxilares <sup>(8)</sup>.

A existência de lesões intraorais são também características da indução do vômito, decorrentes do trauma causado pela auto-indução do vômito, sendo comum observar-se uma mucosa eritematosa na úvula e no palato mole posterior, bem como petéquias traumáticas ou hemorragias submucosas palatinas <sup>(8)</sup>.

O aumento extra-oral do tamanho das glândulas parótidas e submandibulares, é também característico como sinal de diagnóstico precoce <sup>(8)</sup>.

A indução de vômito apresenta, como uma das consequências, a xerostomia (sensação de boca seca) que também pode ser causada por determinados grupos de fármacos antidepressivos. A xerostomia é associada ao aumento da prevalência de cáries bem como da susceptibilidade a infecções orais e alterações do paladar <sup>(8)</sup>.

A coexistência de distúrbios alimentares e outras perturbações psicológicas como a doença depressiva é frequente <sup>(10,11)</sup>.

Uma vez que os fatores psicológicos podem predispor, ou perpetuar, a sintomatologia muscular orofacial e da articulação temporomandibular (ATM), supõe-se que os distúrbios alimentares podem contribuir para um aumento da prevalência de parafunções orais, como o bruxismo <sup>(11,12,13)</sup>.

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial, o bruxismo consiste numa parafunção da vigília e/ou do sono que se manifesta no cerrar e/ou ranger dos dentes <sup>(14,15)</sup>.

Embora cientificamente não exista consenso, atualmente é aceite que o bruxismo de vigília estará possivelmente relacionado com situações de ansiedade e stress do quotidiano, enquanto que o bruxismo do sono é causado por micro-despertares <sup>(14,15)</sup>.

Classifica-se como cêntrico ou excêntrico consoante as suas características, podendo existir como duas patologias diferentes, ou coexistindo, em alguns doentes <sup>(14,15)</sup>.

O bruxismo excêntrico, consiste no ato involuntário de ranger os dentes, o qual provoca desgastes dentários característicos: cúspides dos caninos, bordos incisais e cúspides vestibulares de pré molares e molares <sup>(15)</sup>.

O bruxismo cêntrico é silencioso, sendo neste caso característica a excessiva tensão a nível muscular, na qual o doente efetua contrações musculares mais prolongadas. Deste modo é observável a alteração da tonicidade muscular dos masséteres, temporais e pterigoideus mediais<sup>(15)</sup>.

O bruxismo pode ainda ser classificado como primário ou secundário, consoante a relação com outros estados patológicos. O bruxismo secundário está atualmente associado à utilização de fármacos, ao consumo de álcool e ao uso de substância ilícitas<sup>(16,17)</sup>

Para possibilitar o diagnóstico de bruxismo, existem meios auxiliares de diagnóstico. Um deles é o *Brux Checker*<sup>®</sup> este consiste numa película termoformada, que permite uma avaliação dos padrões de desgaste noturnos, pela visualização ao longo do tempo do desgaste da cor da película nas zonas de maior atrição<sup>(18)</sup>.

O objetivo do trabalho é fazer uma análise das manifestações orais e temporomandibulares de doentes com distúrbios alimentares e a sua possível predisposição para o bruxismo.

Nesse sentido procurou-se responder às seguintes questões:

1. Qual a associação entre a existência de sensação de boca seca e os distúrbios alimentares?
2. Existe alguma relação entre o grupo de fármacos e a sensação de boca seca?
3. Existe alguma relação entre a indução de vômito e a manifestação de lesões de erosão dentária?
4. Existe alguma relação entre a indução de vômito e a manifestação lesões de intraorais?
5. Existe alguma relação entre a indução de vômito e a manifestação de lesões extra orais?
6. Qual a associação entre os sujeitos com distúrbios alimentares e os indicadores RDC/TMD?
7. Terão os sujeitos com distúrbios alimentares mais sinais e sintomas de bruxismo que os do grupo de controlo?
8. Qual a associação entre os distúrbios alimentares e os indicadores de ansiedade?
9. Qual a associação entre os distúrbios alimentares e os indicadores de depressão?
10. Qual a relação entre a depressão e a presença de sinais e sintomas de bruxismo?
11. Qual a relação entre a ansiedade e os indicadores de bruxismo?

## Método

### Participantes

O grupo em estudo foi constituído por doentes diagnosticados por médicos psiquiatras com anorexia e bulimia, que são acompanhados na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João, na cidade do Porto da Consulta de Comportamento Alimentar (CHSJ-CCA).

O grupo de controlo foi composto por voluntários saudáveis que frequentam a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP).

A amostra deste estudo contemplou 60 sujeitos ( $n=60$ ), dos quais 30 do grupo de estudo ( $n=30$ ) e 30 do grupo de controlo ( $n=30$ ), sendo 41 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, com a média de idades de 23 anos, compreendida entre os 15 e os 36 anos de idade.

Relativamente ao grupo em estudo foram elaborados critérios de inclusão e exclusão de participação. (Tabela I).

**Tabela I** - Critérios de inclusão e exclusão na seleção da amostra.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Doentes com idade compreendida entre 13 e 36 anos.	Desdentados totais ou parciais posteriores
Doentes colaboradores, sem privação da autonomia, que assinem a declaração de consentimento informado apresentada.	Doentes com incapacidade mental autónoma.
Doentes diagnosticados com distúrbios alimentares, anorexia ou bulimia.	Doentes diagnosticados com outro tipo de distúrbio alimentar que não seja anorexia ou bulimia, ou com história de distúrbio alimentar controlado.

Dentro do grupo em estudo foram identificados 7 sujeitos com bruxismo nos quais foi utilizado o *Brux Checker*<sup>®</sup>. Em todos esses sujeitos confirmou-se a existência de desgastes dentários durante o sono, cujo padrão corrobora essa condição.

### Instrumentos

O estudo contemplou o preenchimento de três questionários impressos em papel. O primeiro com informação clínica (que se centrou em vários parâmetros: grupo de fármacos consumidos; presença ou ausência de indução de vômito; sensação de boca seca; sinais e

sintomas de bruxismo) (Anexo I). O segundo relativo ao *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) constituído pelo *Axis I - Clinical TMD conditions* e avaliado de acordo com os algoritmos diagnósticos do *Axis I- RDC* (Anexo II).

O terceiro foi a escala de quantificação de *Hamilton* para a ansiedade e depressão (*HAM-A* e *HAM-D*) que se subdivide num inquérito relativo à ansiedade, constituído por 14 itens em que o sujeito avalia cada um de 0 a 4, sendo 0 Ausente, 1 Ligeiro, 2 Moderado, 3 Severo e 4 Muito Severo e noutro relativo à depressão constituído por 21 itens com avaliações de acordo com o valor numérico que precede cada alínea. A pontuação final relativa à depressão é caracterizada por: 0-7 Nenhuma/Depressão Mínima; 8-17 Depressão Ligeira; 18-25 Depressão Moderada;  $\geq 26$  Depressão Grave (Anexo III).

## **Procedimento**

O diagnóstico psiquiátrico do grupo em estudo, foi efetuado por um médico psiquiatra, assistente hospitalar, do CHSJ.

A observação da amostra foi efetuada somente pela investigadora de forma a minimizar a probabilidade de erros inter-observador.

A entrega dos questionários foi efetuada presencialmente pela investigadora antes de efetuar a observação e a avaliação clínica.

A observação e avaliação clínica, extra oral e intraoral, foi efetuada com avaliação dos seguintes parâmetros: existência de lesões de erosão dentária; manifestação de lesões intraorais e manifestações de lesões extra orais. Durante esta observação foram utilizados: luvas descartáveis; máscaras com elásticos; kits de pesquisa (sonda e espelho); régua; toalhetes desinfetantes; álcool etílico 70°; espátulas de madeira; algodão e papel articular.

Ao grupo em estudo (n=30), foi efetuada uma impressão do maxilar superior com o uso de moldeiras metálicas perfuradas com o material de impressão, silicone de adição *Putty Super Soft Affinis*<sup>®</sup> (Coltene, Suíça). As impressões foram passadas a gesso tipo III e cortados máquina cortadora de gesso (*Kavo EWL Typ5404*, Alemanha).

Por fim, foi efetuada em 7 voluntários do grupo em estudo, aos quais foi identificado o bruxismo, a execução de uma película termoformada, *Brux Checker*<sup>®</sup> (Sheu Dental Technology, Alemanha) para avaliação dos padrões de desgaste dentários durante o sono.

A execução da película termoformada foi iniciada com a colocação da película *Brux Checker*<sup>®</sup> (Fig.1), no braço da máquina *Erkoform 3d*<sup>®</sup> (Erkodent, Alemanha) (Fig.2). Seguidamente, procedeu-se ao aquecimento até à temperatura 160°C (de acordo com informação



do fabricante), com o tempo de arrefecimento de 20s (Fig.4). Por fim, o braço da máquina *Erkoform 3d*<sup>®</sup> é reposicionado e obtida a película termoformada sobre o modelo de trabalho (Fig.5).



Fig. 1 - *Brux Checker*<sup>®</sup>



Fig. 2 - *Erkoform 3d*<sup>®</sup>



Fig. 3 - Modelo de trabalho



Fig. 4 - Visor digital

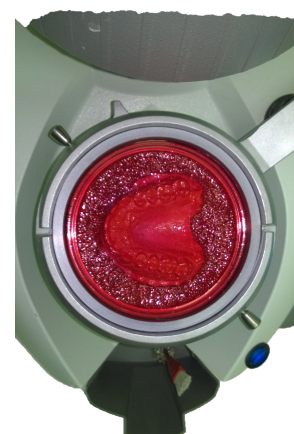


Fig. 5 – Película termoformada

Aos 7 voluntários do grupo em estudo foram entregues, juntamente com os modelos em gesso tipo III, os *Brux Checker*<sup>®</sup>, informando-os para que, durante uma semana, dormissem com eles colocados no maxilar superior, retirando-os pela manhã, quando acordarem, e colocando-os nos modelos de gesso tipo III. Seguidamente deveriam efetuar uma fotografia e enviá-la, diariamente, para um email elaborado para o efeito, com o código numérico que lhes foi atribuído.

### Procedimento de análise de dados

Os dados obtidos foram tabelados e organizados num software estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences SPSS 21*<sup>®</sup>.

Em todas as análises efetuadas foi utilizada um nível de significância mínimo de 0,05.

## **Considerações éticas**

A execução deste estudo foi aprovada pela Comissão de Ética da FMDUP, (Anexo IV) e autorizado pelo diretor da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CHSJ (Anexo V).

O grupo de voluntários foi devidamente informado sobre as características do estudo a ser efetuado (Anexo VI), sendo assegurada a confidencialidade dos dados dos mesmos e o anonimato das fichas clínicas. Neste contexto, todos os voluntários participantes no estudo, assinaram voluntariamente a declaração de consentimento informado apresentada, segundo a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) (Anexo VII).

## Resultados

### 1. Qual a associação entre a existência sensação de boca seca e os distúrbios alimentares?

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos em função dos distúrbios alimentares e a sensação de boca seca. Os dados da tabela II mostraram que, dos 30 sujeitos com distúrbios alimentares, 16 tinham a sensação de boca seca. Esta análise revelou um  $\chi^2=8.86(1)$ ;  $p=0,003$ .

**Tabela II** - Sensação de boca seca entre os grupos.

			Boca Seca		
			Sim	Não	Total
Grupo	Estudo	Contagem	16	14	30
		%	26,7%	23,3%	50,0%
	Controlo	Contagem	5	25	30
		%	8,3%	41,7%	50,0%
Total		Contagem	21	39	60
		%	35,0%	65,0%	100,0%

$p=0,003$

### 2. Existe alguma relação entre o grupo de fármacos e a sensação de boca seca?

#### 2.1. Relação entre fármacos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e sensação de boca seca.

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos em função do consumo de fármacos ISRS e a sensação de boca seca. Os dados da tabela III mostraram que, dos 12 sujeitos que consumiram ISRS, 8 têm tinham a sensação de boca seca. Esta análise revelou um  $\chi^2=6.61(1)$ ;  $p=0.01$ .

**Tabela III** - Consumo de ISRS e sensação de boca seca

			Boca seca		
			Sim	Não	Total
ISRS	Sim	Contagem	8	4	12
		%	13,3%	6,7%	20,0%
	Não	Contagem	13	35	48
		%	21,7%	58,3	80,0%
	Total	Contagem	21	39	60
		%	35,0%	65,0%	100,0%

$p=0.01$

## 2.2. Relação entre fármacos Benzodiazepínicos e sensação de boca seca.

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos em função do consumo de fármacos Benzodiazepínicos e a sensação de boca seca. Os dados da tabela IV mostraram que, dos 11 sujeitos que consumiram Benzodiazepinas 7 tinham a sensação de boca seca. Esta análise revelou um  $\chi^2=4,855(1)$ ;  $p=0,028$ .

**Tabela IV** - Consumo de Benzodiazepinas e sensação de boca seca

			Boca seca		Total
			Sim	Não	
Benzodiazepinas	Sim	Contagem	7	4	11
		%	11,7%	6,7%	18,3%
	Não	Contagem	14	35	49
		%	23,3%	58,3%	81,7%
Total	Contagem		21	39	60
	%		35,0%	65,0%	100,0%

$p=0,028$

## 2.3 Outros grupos de Fármacos

Relativamente ao consumo de fármacos Tricíclicos  $n=1$ , Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN)  $n=1$  e Zolpidem  $n=1$ , pelo valor de amostra reduzido, o teste  $\chi^2$   $p=0,459$  não foi estatisticamente significativo.

## 3. Existe alguma relação entre a indução de vômito e a manifestação de lesões de erosão dentária?

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos em função da indução de vômito e da existência de lesões de erosão dentária. Os dados da tabela V mostraram que, dos 8 sujeitos que induziam o vômito, 8 apresentavam lesões de erosão dentária. Esta análise revelou um  $\chi^2=27,692(1)$ ;  $p=0,00$ .

**Tabela V** - Indução de vômito e lesões de erosão dentária

		Erosão Dentária			
		Sim	Não	Total	
Induz vômito	Sim	Contagem	8	0	8
		%	13,3%	0%	13,3%
	Não	Contagem	7	45	52
		%	11,7%	75,0%	86,7%
Total		Contagem	15	45	60
		%	25,0%	75,0%	100%

p=0,000

## 4. Existe alguma relação entre a indução de vômito e a manifestação de lesões intraorais?

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos em função da indução de vômito e da manifestação de lesões intraorais. Os dados da tabela VI mostraram que, dos 8 sujeitos que induziam o vômito, 8 apresentavam lesões intraorais. Esta análise revelou um  $\chi^2=12,923(1)$ ; p=0,00.

**Tabela VI** - Indução de vômito e lesões intraorais

		Lesões intraorais			
		Sim	Não	Total	
Induz vômito	Sim	Contagem	8	0	8
		%	13,3%	0%	13,3%
	Não	Contagem	7	45	52
		%	11,7%	75,0%	86,7%
Total		Contagem	15	45	60
		%	25,0%	75,0%	100,0%

p=0,000

## 5. Existe alguma relação entre a indução de vômito e a manifestação de lesões extra orais?

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos em função da indução de vômito e da manifestação de lesões extra orais. Os dados da tabela VII mostraram que, dos 8 sujeitos que induziam o vômito, 7 apresentavam manifestações de lesões extra orais. Esta análise revelou um  $\chi^2=19,231(1)$ ; p=0,00.

**Tabela VII** - Indução de vômito e lesões extra orais

		Lesões extra orais			
		Sim	Não	Total	
Induz vômito	Sim	Contagem	7	1	8
		%	11,7%	1,7%	13,3%
	Não	Contagem	8	44	52
		%	13,3%	73,3%	86,7%
Total		Contagem	15	45	60
		%	25,0%	75,0%	100,0%

p=0,000

6. Terão os sujeitos com distúrbios alimentares mais sinais e sintomas de bruxismo que os do grupo de controlo?

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos em função do grupo de amostra em que se situaram, grupo com distúrbios alimentares ou grupo de controlo e da existência de sinais e sintomas de bruxismo. Os dados da tabela VIII mostraram que, dos 9 sujeitos que apresentavam sinais e sintomas de bruxismo, 7 pertenciam ao grupo de sujeitos com distúrbios alimentares. Esta análise revelou um  $\chi^2=3,268(1)$ ; p=0,071.

**Tabela VIII** - Sinais e sintomas de bruxismo

		Sinais e sintomas de bruxismo			
		Sim	Não	Total	
Grupo	Estudo	Contagem	7	23	30
		%	11,7%	38,3%	50,0%
	Controlo	Contagem	2	28	30
		%	3,3%	46,7%	50,0%
	Total	Contagem	9	51	60
		%	15,0%	85,0%	100,0%

p=0,071

## 7. Qual a associação entre os sujeitos com distúrbios alimentares e a os indicadores RDC/TMD?

### 7.1. RDC/TMD Eixo I, grupo I

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos com distúrbios alimentares e o RDC/TMD Eixo I, grupo I. Os dados da tabela IX mostraram que, dos 9 sujeitos com diagnóstico, 6 sujeitos apresentavam distúrbios alimentares. Esta análise revelou um  $\chi^2=1,376(2)$ ;  $p=0,502$ .

**Tabela IX** – RDC/TMD Eixo I, grupo I

		Eixo I Grupo I			Total
		Sem diagnóstico	Dor miofacial	Dor miofacial com limitação da abertura	
Grupo	Estudo	Contagem	24	3	30
		%	40,0%	5,0%	50,0%
	Controlo	Contagem	27	2	30
		%	45,0%	3,3%	50,0%
Total		Contagem	51	5	60
		%	85,0%	8,30%	100,0%

$p=0,502$

### 7.2 RDC/TMD Eixo I, grupo II - ATM direita

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos com distúrbios alimentares e o RDC/TMD Eixo I, grupo II articulação direita. Os dados da tabela X mostraram que, dos 4 sujeitos com diagnóstico, 4 sujeitos apresentavam distúrbios alimentares. Esta análise revelou um  $\chi^2=4,286(1)$ ;  $p=0,038$ .

**Tabela X** – RDC/TMD Eixo I, grupo II – ATM direita

		Eixo I Grupo II - ATM direita		Total
		Sem diagnóstico	DD com redução	
Grupo	Estudo	Contagem	26	30
		%	43,3%	50,0%
	Controlo	Contagem	30	30
		%	50,0%	50,0%
Total		Contagem	56	60
		%	93,3%	100,0%

$p=0,038$

### 7.3 RDC/TMD Eixo I, grupo II – ATM esquerda

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos com distúrbios alimentares e o RDC/TMD Eixo I, grupo II articulação esquerda. Os dados da tabela XI mostraram que, dos 4 sujeitos com diagnóstico, 4 sujeitos apresentavam distúrbios alimentares. Esta análise revelou um  $\chi^2=4,043(1)$ ;  $p=0,044$ .

**Tabela XI** – RDC/TMD Eixo I, grupo II – ATM esquerda

			Eixo I Grupo II ATM esquerda		
			Sem diagnóstico	DD com redução	Total
Grupo	Estudo	Contagem	24	6	30
		%	40,0%	10,0%	50,0%
	Controlo	Contagem	29	1	30
		%	48,3%	1,7%	50,0%
Total		Contagem	53	7	60
		%	88,3%	11,7%	100%

$p= 0,044$

### 7.4 RDC/TMD Eixo I, grupo III - ATM direita

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos com distúrbios alimentares e o RDC/TMD Eixo I, grupo III - ATM direita. Os dados da tabela XII mostraram que, dos 3 sujeitos com diagnóstico, 3 sujeitos apresentavam distúrbios alimentares. Esta análise revelou um  $\chi^2=3,158(2)$ ;  $p=0,206$

**Tabela XII** – RDC/TMD Eixo I, grupo III - ATM direita

		Eixo I Grupo III - ATM direita				
		Sem diagnóstico	Artralgia direita	Osteoartrite direita	Total	
Grupo	Estudo	Contagem	27	2	1	30
		%	45,0%	3,3%	1,7%	50,0%
	Controlo	Contagem	30	0	0	30
		%	50,0%	0%	0%	50,0%
Total		Contagem	57	2	1	60
		%	95,0%	3,3%	1,7%	100%

$p=0,206$



#### 7.4 RDC/TMD Eixo I, grupo III - ATM esquerda

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos com distúrbios alimentares e o RDC/TMD Eixo I, grupo III -ATM esquerda. Os dados da tabela XIII mostraram que, dos 3 sujeitos com diagnóstico, 3 sujeitos apresentavam distúrbios alimentares. Esta análise revelou um  $\chi^2=3,158(2)$ ;  $p=0,206$

**Tabela XIII** – RDC/TMD Eixo I, grupo III - ATM esquerda

		Eixo I Grupo III – ATM esquerda				
		Sem diagnóstico	Artralgia esquerda	Osteoartrite esquerda	Total	
Grupo	Estudo	Contagem	27	2	1	30
		%	45,0%	3,3%	1,7%	50,0%
	Controlo	Contagem	30	0	0	30
		%	50,0%	0%	0%	50,0%
	Total	Contagem	57	2	1	60
		%	95,0%	3,3%	1,7%	100,0%

$p=0,206$

#### 8. Qual a associação entre os distúrbios alimentares e os indicadores de ansiedade?

Teste de U de Mann-Whitney para amostras independentes que mostrou que existiram diferenças significativas na distribuição dos valores de ansiedade entre o grupo de estudo e o grupo de controlo ( $p=0,00$ ).

Foi efetuado o corte através da mediana, em dois grupos, acima e abaixo do valor da mediana, para compreender as diferenças existentes.

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos com distúrbios alimentares e o indicador de ansiedade. Os dados da tabela XIV mostraram que, dos 30 sujeitos com valores de ansiedade acima da mediana, 26 sujeitos apresentavam distúrbios alimentares. Esta análise revelou um  $\chi^2=21,60(1)$ ;  $p=0,00$

**Tabela XIV – Distúrbios alimentares e ansiedade segundo Hamilton**

		Ansiedade de Hamilton			
		Abaixo da mediana	Acima da mediana	Total	
Grupo	Estudo	Contagem	6	24	30
		%	20,0%	80,0%	100,0%
	Controlo	Contagem	24	6	30
		%	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Contagem	30	30	60
		%	100,0%	100,0%	100%

p=0,00

#### 9. Qual a associação entre os distúrbios alimentares e os indicadores de depressão?

Teste de U de Mann-Whitney para amostras independentes que mostrou que existiram diferenças significativas na distribuição dos valores de depressão entre o grupo de estudo e o grupo de controlo (p=0,00).

Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos com distúrbios alimentares e o indicador de depressão. Os dados da tabela XV mostraram que, dos 27 sujeitos com valores de depressão (ligeira, moderada, severa), 27 sujeitos apresentavam distúrbios alimentares. Esta análise revela um  $\chi^2=49,091(3)$ ; p=0,00

**Tabela XV – Distúrbios alimentares e depressão segundo Hamilton**

		Depressão de Hamilton					
		Nenhuma/ depressão mínima	Depressão ligeira	Depressão moderada	Depressão grave	Total	
Grupo	Estudo	Contagem	3	13	11	3	30
		%	5,0%	21,7%	18,3%	5,0%	50,0%
	Controlo	Contagem	30	0	0	0	30
		%	50,0%	0%	0%	0%	50,0%
Total		Contagem	33	13	11	3	60
		%	55,0%	21,7%	18,3%	5,00%	100,0%

p=0,000

10. Qual a relação entre o indicador de ansiedade e a presença de sinais e sintomas de bruxismo? Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíram os sujeitos relativamente ao indicador de ansiedade e a presença de sinais e sintomas de bruxismo. Os dados da tabela XVI mostraram que, dos 9 sujeitos com presença de sinais e sintomas de bruxismo, 8 sujeitos apresentavam valores de ansiedade acima da mediana. Esta análise revelou um  $\chi^2=6,40(1)$ ;  $p=0,010$

**Tabela XVII** – Presença de sinais e sintomas de bruxismo e indicador de ansiedade segundo Hamilton

		Ansiedade de Hamilton			
		Abaixo da mediana	Acima da mediana	Total	
Presença de sinais e sintomas de bruxismo	Sim	Contagem	1	8	9
		%	2%	13%	15%
	Não	Contagem	29	22	51
		%	48%	37%	85%
Total		Contagem	30	30	60
		%	50%	50%	100%

$p=0,010$

11. Qual a relação entre o indicador depressão e a presença de sinais e sintomas de bruxismo? Foi realizado um teste  $\chi^2$  para compreender como se distribuíam os sujeitos relativamente ao indicador de depressão e a presença de sinais e sintomas de bruxismo. Os dados da tabela XVII mostraram que, dos 9 sujeitos com presença de sinais e sintomas de bruxismo, 6 sujeitos apresentavam valores de depressão (ligeira, moderada, grave). Esta análise revelou um  $\chi^2=5,482(3)$ ;  $p=0,140$

**Tabela XVII** – Presença de sinais e sintomas de bruxismo e indicador de depressão segundo Hamilton

		Depressão de Hamilton					
		Nenhuma ou depressão mínima	Depressão ligeira	Depressão moderada	Depressão grave	Total	
Presença de sinais e sintomas de bruxismo	Sim	Contagem	2	4	2	1	9
		%	3,3%	6,7%	3,3%	1,7%	15,0%
	Não	Contagem	31	9	9	2	51
		%	51,7%	15,0%	15,0%	3,3%	85,0%
Total		Contagem	33	13	11	3	60
		%	55,0%	21,7%	18,3%	5,00%	100,0%

$p=0,140$

## Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar as manifestações orais e temporomandibulares de doentes com distúrbios alimentares e a sua possível predisposição para o bruxismo. Nesse sentido procurou-se, com este estudo, responder a algumas questões.

1. Qual a associação entre a existência da sensação de boca seca e os distúrbios alimentares? (Tabela II)

Os resultados obtidos no decorrer da investigação demonstraram com  $p < 0,05$  que os sujeitos com distúrbios alimentares tem sensação de boca seca. Estes resultados vão de encontro com o descrito por Yagi *et al* (2012) que referem a existência de sintomas orais típicos em doentes com distúrbios alimentares, que incluem uma mucosa atrófica, erosão dentária, gengivite, hiperestesia, periodontite, glândulas salivares com displasias necróticas, adenomapatia, hipoptalismo e xerostomia (sensação de boca seca).

2. Existe alguma relação entre o grupo de fármacos e a sensação de boca seca? (Tabela III e IV)

O grupo de fármacos mais utilizado nos doentes com distúrbios alimentares deste estudo foram os ISRS, com  $p < 0,05$ . Estes doentes tinham mais sensação de boca seca dos que não tomaram este tipo de fármacos.

Quando comparado este resultado com a literatura, Yagi *et al* (2012) referem que os ISRS são os fármacos de primeira escolha no tratamento de distúrbios alimentares, embora não estejam mostrar-se totalmente eficazes, nomeadamente no tratamento da anorexia.

De acordo com o prontuário terapêutico, todos os antidepressivos possuem efeitos secundários e reações adversas.

Coimbra (2009) refere que é necessário ter noção da reversibilidade do efeito xerostomizante, quer pela suspensão total ou temporária dos fármacos com maior efeito xerostomizante, quer pela redução do número total de fármacos, quer pelas mudanças no seu esquema de administração.

Por outro lado, os ISRS, segundo Shetty, Shilpa, *et al* (2010) exercem uma influência indireta no sistema dopaminérgico, que pode causar bruxismo depois de uma frequência prolongada no seu uso. Yagi *et al* (2012) referem que a diminuição de saliva aumenta a predisposição ao desenvolvimento de cárie, pela diminuição da base de proteínas salivar e expondo a hidroxiapatite à dissolução, embora possa estar associada à medicação efetuada aos doentes em causa.

3. Existe alguma relação entre a indução de vômito: e a manifestação de lesões de erosão dentária? (Tabela IV)

4. Existe alguma relação entre a indução de vômito e a manifestação de lesões extra-orais?(Tabela V)

5. Existe alguma relação entre a indução de vômito e a manifestação de lesões extra-orais? (Tabela VI)

Todos os doentes do estudo com distúrbios alimentares, que induzem o vômito, com  $p < 0,05$ , apresentaram lesões de erosão dentária e predisposição para manifestações de lesões intra e extra orais, pelo que faz mais sentido apresentar os resultados em conjunto.

Esta significância está de acordo com a literatura, os estudos de Carvalho Sales-Peres *et al* (2014) descrevem que, as complicações dentárias inerentes ao vômito repetido e auto-induzido, vão ter repercussões, consoante a duração dos episódios, contribuindo para a progressão das lesões de erosão dentária, mas, também, da restante cavidade oral, lesões na mucosa, lesões periodontais e alteração a nível salivar. Frydrych *et al* (2005) referem que as lesões de erosão apresentam uma erosão clássica das superfícies linguais dos dentes na maxila e, predominante, nas superfícies palatinas dos dentes anteriores e superfícies oclusais de molares inferiores, tal como descrito.

Buzalaf *et al* (2011) descrevem que os fatores intrínsecos que causam a erosão dentária, advém do vômito que ocorre em doentes com distúrbios alimentares.

Johansson *et al* (2012) referem, também, que a localização das lesões de erosão dentária são típicas nas superfícies palatinas dos dentes maxilares anteriores e superfícies oclusais dos primeiros molares e que a erosão aparece como um fator no desenvolvimento de lesões não cariosas cervicais.

6. Qual a associação entre os sujeitos com distúrbios alimentares e os indicadores RDC/TMD? (Tabelas IX, X, XI, XII, XIII)

Com os resultados obtidos das tabelas relativas à avaliação do RDC-TMD, verificou-se que não existiam dados suficientes da amostra para que se pudesse afirmar a possibilidade dos resultados serem significativos, podendo terem ocorrido ao acaso, exceptuando a tabela X e XII que revelaram  $p=0,034$  e  $p=0,044$ , que possibilitam uma relação com significado estatístico. Isto

é, existe uma predominância neste eixo que indica que pode existir mais sintomatologia da ATM no grupo de estudo, relativamente aos valores encontrados no grupo controlo.

Esta associação ainda carece de mais informação relativa a estudos efetuados, inclusivamente, para este tipo de doença psiquiátrica.

Shetty, Shilpa *et al* (2010) referem que o bruxismo é conhecido pela sua etiologia multifatorial, sendo as influências psicossociais, como a ansiedade e depressão, fatores importantes.

Emodi-Perlman, Alona, *et al* (2008) num estudo sobre a prevalência de sinais e sintomas psicológicos, dentários e temporomandibulares em doentes do sexo feminino, com distúrbios alimentares, referem que, para uma mesma faixa etária, as mulheres doentes, comparativamente às mulheres saudáveis, revelam maior susceptibilidade para sintomatologia da ATM. A prevalência entre os hábitos orais e a associação a sinais e sintomas de DTM foi verificada como tendência, embora não tenham sido possíveis conclusões definitivas, pelas limitações do estudo, (grupo pequeno de amostra), o que está de acordo com os resultados obtidos pelo estudo que foi efetuado.

7. Terão os sujeitos com distúrbios alimentares mais sinais e sintomas de bruxismo que os do grupo de controlo? (Tabela VIII)

Apesar de os valores encontrados não permitirem mostrar uma associação estatisticamente significativa  $p=0,071$ , parece existir uma tendência do grupo em estudo de manifestar sinais e sintomas de bruxismo (23,3%  $n=7$ ) relativamente ao grupo de controlo (6,7%  $n=2$ ). Não foi possível efetuar uma correlação significativa de que os doentes com distúrbios alimentares tenham, com toda a certeza, maior predisposição a terem bruxismo. No entanto, houve uma tendência, verificada neste estudo, sendo portanto relevante a reprodução do estudo com valores de amostra superiores, para possibilitar a afirmação da tendência que parece existir.

Esta associação ainda carece de mais informação relativa a estudos efetuados, inclusivamente, para este tipo de doença psiquiátrica. Na literatura, é suposto que, por se enquadrarem numa alteração do foro psiquiátrico, associado a ansiedade e depressão, haja essa predisposição ao bruxismo.

8. Qual a associação entre os distúrbios alimentares e os indicadores de ansiedade? (Tabela XIV).

Foram detetadas diferenças significativas na distribuição dos valores de ansiedade entre o grupo de estudo e o grupo controlo ( $p=0,00$ ). Dos 30 sujeitos com valores de ansiedade acima da mediana, 26 sujeitos apresentavam distúrbios alimentares.

A relação encontrada durante o estudo vai de encontro à literatura existente.

Bulik *et al* (1997) efetuaram um estudo com resultados que suportam a hipótese de que, alguns distúrbios, como os distúrbios de extrema ansiedade, ou fobia social, podem representar fatores de risco não específicos, para futuras psicopatologias, como o caso de distúrbios alimentares.

9. Qual a associação entre os distúrbios alimentares e os indicadores de depressão? (Tabela XVI)

No estudo efetuado, a depressão segundo a escala de Hamilton relativamente ao grupo em estudo e grupo de controlo obteve resultados estatisticamente significativos  $p=0,000$ , isto é os indivíduos do grupo em estudo revelaram todos níveis de depressão significativos face ao grupo de controlo que revelaram que 100%  $n=30$  tem inexistência ou depressão mínima.

De acordo com a bibliografia existente Bulik (2002) refere que numa observação clínica de doentes com distúrbios alimentares, estes, revelam depressão, falta de esperança e sensação de culpa, inutilidade, ausência de auto estima, irritabilidade, insónia, deias e tentativas suicidas.

10. Qual a relação entre a ansiedade e a presença de sinais e sintomas de bruxismo?

Relativamente ao indicador de ansiedade e à presença de sinais e sintomas de bruxismo, os dados mostraram que, dos 9 sujeitos com presença de sinais e sintomas de bruxismo, 8 sujeitos apresentavam valores de ansiedade acima da mediana. Com  $p=0,010$  existe uma relação significativa entre ambos, ou seja, no estudo, verificou-se que doentes mais ansiosos, tinham maior possibilidade de ter sinais e sintomas de bruxismo.

Os resultados do estudo são consistentes com a literatura, na qual a ansiedade e depressão são condições que antecedem o bruxismo.

Sutin *et al* (2010) referem num estudo, que existe uma evidência entre o bruxismo e outras condições de saúde relacionadas com stress e a ansiedade. Pacientes neuróticos reportaram no seu estudo queixas relativas ao bruxismo, nomeadamente queixas na cavidade oral que são frequentemente associadas a ansiedade (estalidos da mandíbula, dificuldade em mastigar e sensação de boca seca) embora sem queixas relativas à saúde, em geral, da cavidade oral.

11. Qual a relação entre a depressão e a presença de sinais e sintomas de bruxismo? (Tabela XVII)

Relativamente ao indicador de depressão e a presença de sinais e sintomas de bruxismo este estudo mostrou que, dos 9 sujeitos com presença de sinais e sintomas de bruxismo, 6 sujeitos apresentavam valores de depressão (ligeira, moderada, grave). Com  $p=1,40$  não é possível efetuar uma relação entre ambas, embora tais valores possam estar condicionados pelo valor reduzido da amostra. A respeito disto Relativamente a esta questão, a literatura refere o stress e a ansiedade como fatores importantes a ter em consideração no aparecimento do bruxismo, sugerindo depressão como um cofator.

Nadler (1957) e Okeson (1992) sustentam que o stress é o principal fator etiológico para o bruxismo, referindo que os problemas emocionais, como a depressão, falta de higiene do sono, dor crónica, frustrações medos e fobias atuam correlacionados entre si.

Os resultados obtidos através do *Brux Checker*<sup>®</sup> foram significativos, isto é todos os doentes que o usaram, mostraram um padrão de desgaste dentário, durante o sono, que permitem inferir sobre a existência de bruxismo. Para que esta variável fosse efetivamente considerada de forma estatisticamente significativa com a relação entre o grupo em estudo e o grupo controlo seria importante o seu uso por toda a amostra  $n=60$ . Infelizmente não foi possível a sua execução, por falta de apoio, o que inviabilizou a possibilidade de verificar se indivíduos que não tendo sinais e sintomas de bruxismo efetuavam alterações no *Brux Checker*<sup>®</sup> que compaginasse padrões de bruxismo.

Onodera, Kani *et al* (2006) recorreram ao uso do *Brux Checker*<sup>®</sup> na avaliação do padrão de desgaste dentário dos doentes durante o sono, referindo que lhes foi possível observar onde e quais foram as alterações que ocorreram. Consequentemente esta análise do padrão de desgaste dentário permitiu-lhes delinear um plano de tratamento adequado.



## **Conclusão**

Neste estudo, os doentes com distúrbios alimentares apresentavam características orais diferentes das dos indivíduos saudáveis e estão associados a níveis de ansiedade e depressão significativamente superiores.

Embora não tenham sido encontrados resultados estatisticamente significativos nesta amostra, para afirmar que doentes com distúrbios alimentares apresentavam maior prevalência de bruxismo, provavelmente, uma amostra com um grupo de participantes maior, poderia confirmar uma tendência que parece existir.

Nesse sentido, o estudo deveria ser reproduzido com uma amostra com maior número de voluntários e com acesso aos meios auxiliares de diagnóstico de bruxismo, para toda a amostra.

## Referências bibliográficas

1. Benowitz-Fredericks CA, Garcia K, Massey M, Vasagar B, Borzekowski DLG. Body Image, eating disorders, and the relationship to adolescent media Use. *Pediatr Clin North A*. 2012; 59:693-704
2. Gonçalves, Jde A et al Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31:96-103.
3. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012;11:80-92.
4. Araújo M, Henriques M, Brandão I. & Roma-Torres A. Os heróis, vítimas e vilões: discursos sobre a anorexia nervosa. *Psicologia & Sociedade* 2012; 24:472- 483.
5. Maloney GK, Egan SJ, Kane RT, Rees CS. An Etiological Model of Perfectionism. *PLoS ONE*. 2014; 9:47-57.
6. Evelyn A, Timothy W. Anorexia Nervosa, *Am J Psychiatry*. 2007; 164:12
7. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2008; 77:187-195
8. Frydrych, AM, Davies, GR, McDermott. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *Aust Dent J*. 2005;50: 6-15.
9. Yagi T, Ueda H, Amitani H, Asakawa A, Miyawaki S, Inui A. The role of ghrelin, salivary secretions, and dental care in eating disorders. *Nutrients*. 2012; 4:967-89.
10. Bulik CM, et al. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 96:101-107.
11. Bulik, CM. Anxiety, depression, and eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2002; 193-198.
12. Sutin AR, et al. Teeth grinding: Is Emotional Stability related to bruxism? *J Res Pers* 2010; 44:402-405.
13. Lobbezoo F, Lavigne GJ. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause-and-effect relationship? *J Orofac Pain* 1997;11:15-23.
14. Shetty Shilpa, et al. Bruxism: a literature review. *J Indian Prosthodont Soc*. 2010;10: 141-148.
15. Paesani DA. *Bruxism: theory and practice*. London: Quintessence; 2010.
16. Winocur E, Gavish A, Volfin G, Halachmi M, Gazit E. Oral motor parafunctions among heavy drug addicts and their effects on signs and symptoms of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2001;15: 56-63.

17. Winocur E, *et al* Drugs and bruxism: a critical review. J Orofac Pain. 2003;17: 99-111.
18. Onodera K, Kawagoe T, Sasaguri K, Protacio - Quismundo C, Sato S. The use of a bruxchecker in the evaluation of different grinding patterns during sleep bruxism. Cranio.2006; 24: 292-299.
19. de Carvalho Sales-Peres, SH *et al* Prevalence, severity and etiology of dental wear in patients with eating disorders. Eur J Dent. 2014; 8:68-73.
20. Coimbra F. Xerostomia. Etiologia e Tratamento. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac: 2009;50:159-164
21. Buzalaf MA, Hannas AR, Kato MT. Saliva and dental erosion. J Appl Oral Sci. 2012; 20:493-502.
22. Johansson AK, Omar R, Carlsson GE, Johansson A. Dental erosion and its growing importance in clinical practice: from past to present. Int J Dent. 2012; 2012:632907.
23. Emodi-Perlman, Alona, *et al* Prevalence of Psychologic-Dental, and Temporomandibular Signs and Symptoms Among Chronic Eating Disorders Patients: A comparative Control Study. J Orofac Pain.2008;22: 201-208.
24. Okeson, P.Jeffrey. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 6th edition; Mosby, 2008.

## **Anexos**

## **Anexo I– Ficha clínica**

**Ficha clínica para avaliação de doentes com Distúrbios Alimentares**

Código: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: F ☐ M ☐

**2. História Clínica**

**2.1 Diagnóstico Psiquiátrico**

a) Anorexia ☐

restritiva ☐

purgativa ☐

b) Bulimia ☐

**2.2 Medicação**

Antidepressores:

Tricíclicos ☐

SSRI ☐

SNRI ☐

Outros ☐

\_\_\_\_\_

Benzodiazepinas ☐

Propranolol ☐

Buspirona ☐

Zolpidem ☐

Estabilizadores de humor ☐

Antipsicóticos ☐

Supressores do apetite

**2.3 Indução do vômito**

a) Ausente ☐

b) Presente ☐

**2.4 Tem a sensação de boca seca?**

a) Sim ☐

b) Não ☐

**2.5 Tem refluxo Gastroesofágico?**

a) Sim ☐

b) Não ☐

c) Não sabe ☐

## 2.6 Hábitos Alimentares

2.6.1 Frequência de ingestão de substâncias ácidas (sumos de fruta, sumo de Citrinos e água):

a) Todos os dias ☐      b) Raramente ☐      c) Nunca ☐

2.6.2 Frequência de consumo de álcool:

a) Todos os dias ☐      b) Raramente ☐      c) Nunca ☐

## 2.7 Pesquisa de Sinais e Sintomas de Bruxismo:

	Sim	Não	Não Sabe
Durante o sono, costuma ranger os dentes?			
Já alguém o ouviu ranger os dentes, durante o sono?			
Ao acordar, apercebe-se de estar a “apertar” os dentes?			
Ao acordar, costuma sentir dor ou fadiga muscular na região da face?			
Ao acordar, costuma ter a sensação de mobilidade dentária?			
Ao acordar, costuma sentir dentes ou gengivas doridos?			
Ao acordar, costuma ter dor de cabeça na região das têmporas?			
Ao acordar, costuma ter a sensação de maxilar preso?			
Alguma vez se apercebeu de estar a “apertar” os dentes, durante o dia?			
Alguma vez se apercebeu de estar a ranger os dentes, durante o dia?			

## 3. Exame Clínico

### Exame Intra-Oral

#### 3.1. Fórmula Dentária

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Legenda:

☒ : Ausente

S: São

○: Cárie

R: Restaurado

F: Fratura

M: Mobilidade

Ab: Lesão de abfração

D: Faceta de desgaste/ desgaste oclusal

#### 3.2 Padrões de desgaste dentário observados:

3.2.1 Desgaste das cúspides caninas ☐

3.2.2 Desgaste dos bordos incisais ☐

3.2.3 Desgaste oclusal, cúspides vestibulares dos pré-molares e molares ☐

### **3.3 Lesões de Erosão Dentária**

#### **3.3.1) Dentes Anteriores** ☐

a) Superiores ☐ \_\_\_\_\_

b) Inferiores ☐ \_\_\_\_\_

#### **3.3.2) Dentes Posteriores** ☐

a) Superiores ☐ \_\_\_\_\_

b) Inferiores ☐ \_\_\_\_\_

### **3.4 Manifestação de lesões intra-orais**

☐ Trauma da Mucosa Oral

☐ Traumatismo do Palato

☐ Gengivite

☐ Periodontite

☐ Queilite Angular

☐ Candidíase

☐ Glossite

☐ Ulceração da Língua

☐ Mucosa Atrófica

☐ Línea Alba

☐ Indentações Linguais

☐ Úlceras traumáticas \_\_\_\_\_

☐ \_\_\_\_\_

#### **3.4.1 Palpação do Palato Mole**

Mobilidade: \_\_\_\_\_

Simetria: \_\_\_\_\_

### **3.5 Manifestação de lesões extra-orais**

☐ Hipertrofia dos músculos da mastigação

☐ Masseter direito

☐ Masseter esquerdo

☐ Temporal direito

☐ Temporal esquerdo

☐ \_\_\_\_\_



**Anexo II- *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)***



Dissertação de investigação: “**Manifestações orais e alterações do perfil  
psicossomático em doentes com anorexia e bulimia**”

Orientador: João Carlos Pinho

Coorientador: Manuel Esteves

---

CÓDIGO : .....

PROFISSÃO: .....

ENVIADO POR: Serviço da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar São João, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto , Consulta de Comportamento Alimentar.

Médico: .....

COM O DIAGNÓSTICO DE .....

FICHA CLÍNICA PREENCHIDA POR: Cláudia Sofia Barbosa da Costa Ribeiro

DATA DO PREENCHIMENTO: .... / .... / 2014

## RDC-TMD | QUESTIONÁRIO

---

**Q1.** Diria que a sua saúde, em geral, é excelente, muito boa, boa, satisfatória ou pobre?

1. Excelente
2. Muito boa
3. Boa
4. Satisfatória
5. Pobre

**Q2.** Diria que a sua saúde oral, em geral, é excelente, muito boa, boa, satisfatória ou pobre?

1. Excelente
2. Muito boa
3. Boa
4. Satisfatória
5. Pobre

**Q3.** Teve dor na face, maxilares, têmporas, à frente do ouvido ou no ouvido no último mês?

0. Não

**[Se não teve dor no último mês avance para a questão 14]**

1. Sim

**Se sim,**

**Q4.a.** Há quantos anos atrás começou a sua dor facial, pela primeira vez?

\_\_\_ Anos (Se é menos de um ano, colocar 00)

**[Se foi há um ano atrás ou mais, avance para a questão 5]**

**Q4.b.** Há quantos meses atrás começou a sua dor facial, pela primeira vez?

\_\_\_ Meses

**Q5.** A sua dor facial é persistente, recorrente ou foi uma ocorrência única?

1. Persistente
2. Recorrente
3. Única

**Q6.** Já alguma vez recorreu a um médico, médico dentista, quiroprático ou outro profissional de saúde devido a dor facial?

1. Não
2. Sim, nos últimos 6 meses
3. Sim, há mais de 6 meses

**Q7.** Como classifica a sua dor facial no presente momento, isto é exatamente agora, numa escala de 0 a 10, onde 0 é “ausência de dor” e 10 é “pior dor possível”?

Ausência de dor											Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**Q8.** Nos últimos 6 meses, qual foi a intensidade da sua pior dor, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é “ausência de dor” e 10 é “pior dor possível”?

Ausência de dor											Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**Q9.** Nos últimos 6 meses, em média, qual foi a intensidade da sua dor, classificada numa escala de 0 a 10, onde 0 é “ausência de dor” e 10 é “pior dor possível”? [Isto é, a sua dor usual nas horas em que estava a sentir dor].

Ausência de dor											Pior dor possível
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**Q10.** Aproximadamente, nos últimos 6 meses durante quantos dias ficou impedido de executar as suas atividades diárias (trabalho, escola ou serviço doméstico) devido a dor facial?

\_\_\_ \_\_\_ Dias

**Q11.** Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial interferiu nas suas atividades diárias, medida numa escala de 0 a 10, onde 0 é “não interferiu” e 10 é “incapaz de realizar qualquer tarefa”?

Não interferiu											Incapaz de realizar qualquer tarefa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**Q12.** Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de participar em atividades recreativas, sociais e familiares, onde 0 é “sem alteração” e 10 é “alterou completamente”?

Sem alteração											Alterou completamente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**Q13.** Nos últimos 6 meses, quanto é que a dor facial alterou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é “sem alteração” e 10 é “alterou completamente”?

Sem alteração											Alterou completamente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**Q14.a.** Alguma vez teve a mandíbula bloqueada ou presa de forma que não abrisse completamente a boca?

0. Não

**[Se nunca teve problema em abrir completamente avance para a questão 15]**

1. Sim

**Se sim,**

**Q14.b.** Esta limitação da abertura mandibular foi suficientemente severa para interferir com a capacidade de comer?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q15.a.** Sente um estalido ou ressalto nos maxilares quando abre ou fecha a boca ou quando mastiga?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q15.b.** Ouve uma crepitação ou sente áspero quando abre e fecha a boca ou quando mastiga?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q15.c.** Já lhe disseram, ou já reparou, se range ou aperta os dentes durante o sono de noite?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q15.d.** Durante o dia, range ou aperta os dentes?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q15.e.** Tem dores ou sente rigidez nos maxilares quando acorda de manhã?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q15.f.** Sente ruídos ou zumbidos nos ouvidos?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q15.g.** A sua mordida é desconfortável ou estranha?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q16.a.** Tem artrite reumatóide, lúpus, ou outra doença artrítica sistémica?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q16.b.** Conhece alguém na sua família que tenha ou tivesse tido alguma destas doenças?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q16.c.** Já teve ou tem tumefacção ou dor em alguma articulação do corpo exceptuando a articulação próxima dos seus ouvidos (ATM)?

- 0. Não

**[Se não teve tumefacção ou dor em nenhuma articulação, avance para a questão 17.a]**

- 1. Sim

**Se sim,**

**Q16.d.** É uma dor persistente e teve a dor durante pelo menos um ano?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q17.a.** Teve algum traumatismo recente da face ou maxilares?

- 0. Não
- 1. Sim

**[Se não teve traumatismos recentes, avance para a questão 18]**

**Se sim,**

**Q17.b.** Já tinha dor nos maxilares antes do traumatismo?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q18.** Durante os últimos 6 meses teve alguma dor de cabeça ou enxaquecas?

- 0. Não
- 1. Sim

**Q19.** Que atividades é que o seu atual problema nos maxilares o impediu ou limitou de realizar?

- |                                     |        |
|-------------------------------------|--------|
| a. Mastigar                         |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| b. Beber                            |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| c. Exercitar                        |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| d. Comer alimentos duros            |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| e. Comer alimentos moles            |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| f. Sorrir/gargalhar                 |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| g. Atividade sexual                 |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| h. Lavar os dentes ou a face        |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| i. Bocejar                          |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| j. Engolir                          |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| k. Falar                            |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |
| l. Ter a sua aparência facial usual |        |
| 0. Não                              | 1. Sim |

**Q20.** No último mês, quanto é que foi incomodado por

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
a. Dor de cabeça	0	1	2	3	4
b. Perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Sensação de desmaio ou tonturas	0	1	2	3	4
d. Dor no coração ou no peito	0	1	2	3	4
e. Sensação de falta de energia ou apatia	0	1	2	3	4
f. Pensamentos sobre morte ou sobre morrer	0	1	2	3	4
g. Falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Sensação de culpa pelas coisas	0	1	2	3	4
j. Dor na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Sentir-se só	0	1	2	3	4
l. Sentir-se abatido	0	1	2	3	4
m. Preocupar-se demasiado com as coisas	0	1	2	3	4
n. Sentir-se desinteressado pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Náuseas ou incômodo no estômago	0	1	2	3	4
p. Músculos doridos	0	1	2	3	4
q. Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Acessos de calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Dormência ou formiguelo em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Aperto na garganta	0	1	2	3	4
v. Sentir-se desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Sensação de fraqueza em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Pensamentos sobre acabar com a vida	0	1	2	3	4
z. Comer demais	0	1	2	3	4
aa. Acordar muito cedo pela manhã	0	1	2	3	4
bb. Sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Sensação de que tudo é um esforço	0	1	2	3	4
dd. Sentimentos de inutilidade	0	1	2	3	4
ee. Sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

**Q21.** Qual a sua opinião sobre a forma como cuida da sua saúde em geral?

1. Excelente
2. Muito boa
3. Boa
4. Satisfatória
5. Pobre

**Q22.** Qual a sua opinião sobre a forma como cuida da sua saúde oral?

1. Excelente
2. Muito boa
3. Boa
4. Satisfatória
5. Pobre

**Q23.** Qual a sua data de nascimento?

Mês . . . . . Dia . . . . . Ano . . . . .

**Q24.** É do sexo masculino ou feminino?

1. Masculino
2. Feminino

**Q25.** Qual dos seguintes grupos melhor representa a sua origem?

1. Africano
2. Árabe
3. Asiático
4. Europeu
5. Indiano
6. Norte-americano
7. Sul-americano
8. Outro

**Q26.** Qual dos seguintes grupos melhor representa a origem dos seus antepassados?

1. Africano
2. Árabe
3. Asiático
4. Europeu



- 5. Indiano
- 6. Norte-americano
- 7. Sul-americano
- 8. Outro

**Q27.** Qual o mais alto grau de escolaridade que obteve nos seus estudos?

- 0. Nunca estudou ou Jardim-de-infância
- 1. Ensino obrigatório
- 2. Ensino secundário
- 3. Ensino superior
- 4. Mestrado/doutoramento

**Q28a.** Durante as últimas 2 semanas, realizou algum tipo de trabalho ou negócios excluindo afazeres domésticos (inclua trabalhos e negócios familiares não remunerados)?

- 0. Não
- 1. Sim

**[Se sim, avance para a questão 29]**

**Se não,**

**Q28b.** Apesar de não ter trabalhado nas 2 últimas semanas, tinha um emprego ou negócio?

- 0. Não
- 1. Sim

**[Se sim, avance para a questão 29]**

**Se não,**

**Q28c.** Nas últimas 2 semanas, procurou emprego ou deixou um emprego?

- 1. Sim, procurou emprego
- 2. Sim, deixou emprego
- 3. Sim, ambos, deixou e procurou emprego
- 4. Não

**Q29.** Qual o seu estado civil?

1. Casado na mesma habitação
2. Casado mas em habitação diferente
3. Viúvo
4. Divorciado
5. Separado
6. Nunca casou

**Q30.** Qual dos seguintes valores melhor representa o total de rendimentos em sua casa nos últimos 12 meses?

1. 0 € até salário mínimo
2. Duas vezes o salário mínimo
3. Três vezes o salário mínimo
4. Quatro vezes o salário mínimo
5. Cinco vezes o salário mínimo
6. Seis vezes o salário mínimo
7. Sete vezes o salário mínimo
8. Oito vezes o salário mínimo
9. Nove vezes o salário mínimo
10. Dez vezes ou mais o salário mínimo

**Q31.** Qual o seu código postal?

\_\_\_\_ - \_\_\_\_

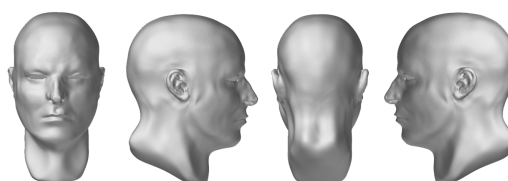
## EXAME CLÍNICO

E1. Tem dor no lado direito da face, no lado esquerdo ou em ambos os lados?

0. Sem dor
1. Direita
2. Esquerda
3. Ambos

E2. Pode indicar as áreas onde sente dor?

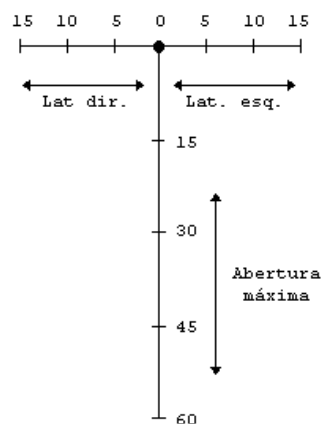
DIREITA	ESQUERDA
0. Sem dor	0. Sem dor
1. Dor articular	1. Dor articular
2. Dor muscular	2. Dor muscular
3. Ambos	3. Ambos



E3. Padrão de abertura

0. Recto
1. Deflexão (direita)
2. Desvio (direita)
3. Deflexão (esquerda)
4. Desvio (esquerda)
5. Outro

especifique: .....



E4. Abertura máxima

Incisivo de referência: 11 .... 21 ....

	mm	DIREITA				ESQUERDA			
a. Abertura máx. voluntária (sem dor)		Sem dor	Muscular	Articular	Ambos	Sem dor	Muscular	Articular	Ambos
b. Abertura máx. voluntária		0	1	2	3	0	1	2	3
c. Abertura máxima assistida		0	1	2	3	0	1	2	3
d. Sobremordida vertical									

E5. Ruídos articulares

	DIREITA				ESQUERDA			
	Sem ruído	Estalido	Crep. grosseira	Crep. fina	Sem ruído	Estalido	Crep. grosseira	Crep. fina
a. Abertura	0	1	2	3	0	1	2	3
Dist. interincisiva estalido	mm				mm			
b. Fecho	0	1	2	3	0	1	2	3
Dist. interincisiva estalido	mm				mm			

c. Estalido recíproco eliminado com abertura protrusiva?	Não	Sim	N/A	Não	Sim	N/A
	0	1	8	0	1	8

#### E6. Movimentos excursivos

		DIREITA				ESQUERDA			
	mm	Sem dor	Muscular	Articular	Ambos	Sem dor	Muscular	Articular	Ambos
a. Lateralidade direita		0	1	2	3	0	1	2	3
b. Lateralidade esquerda		0	1	2	3	0	1	2	3
c. Protrusão		0	1	2	3	0	1	2	3

d. Desvio da linha média		1. direita .....	2. esquerda .....	8. N/A .....
--------------------------	--	------------------	-------------------	--------------

#### E7. Ruídos articulares nos movimentos excursivos

	DIREITA				ESQUERDA			
	Sem ruído	Estalido	Crep. grosseira	Crep. fina	Sem ruído	Estalido	Crep. grosseira	Crep. fina
a. Lateralidade direita	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Lateralidade esquerda	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Protrusão	0	1	2	3	0	1	2	3

#### E8. Palpação muscular extra-oral

	DIREITA				ESQUERDA			
	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa
a. Temporal - posterior	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal - médio	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal - anterior	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter - origem	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter - corpo	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter - inserção	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Reg. mandibular posterior	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Reg. submandibular	0	1	2	3	0	1	2	3

#### E9. Palpação da ATM

	DIREITA				ESQUERDA			
	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa
a. Pólo lateral	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Inserção posterior	0	1	2	3	0	1	2	3

#### E10. Palpação muscular intra-oral

	DIREITA				ESQUERDA			
	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa
a. Área pterigoideu lateral	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal	0	1	2	3	0	1	2	3

## DIAGNÓSTICO

---

### RDC-TMD

Eixo I, Grupo I .....

Eixo I, Grupo II, art. direita .....

Eixo I, Grupo II, art. esquerda .....

Eixo I, Grupo III, art. direita .....

Eixo I, Grupo III, art. esquerda .....

Eixo II, classificação da dor crónica .....

Eixo II, escala de depressão .....

Obs.: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Anexo III- Escala de *Hamilton* para Ansiedade e Depressão (*HAM-A* e *HAM-D*)**

**A**

Protocolo POC nº: \_\_\_\_\_

Nº Processo: \_\_\_\_\_

**ESCALA DE HAMILTON PARA A DEPRESSÃO**  
(Hamilton M., 1960 – versão portuguesa)

Para cada item, escreva na caixa apropriada, a pontuação que melhor caracteriza o doente durante a semana que passou.

**1. HUMOR DEPRIMIDO**

0. Inexistente  
1. Apenas detectado quando inquirido  
2. Referido por comunicação verbal espontânea  
3. Detectado sem comunicação verbal (expressão facial, postura, voz, choro fácil)  
4. O doente relatou VIRTUALMENTE APENAS estes sintomas em comunicação espontânea verbal e não verbal

Registe o período de tempo com Humor Deprimido: \_\_\_\_\_ semanas

**2. TRABALHO E ACTIVIDADES**

0. Sem dificuldades  
1. Fadiga, fraqueza ou pensamentos/sentimentos de incapacidade (relacionada com o trabalho, actividades, hobbies)  
2. Perda de interesse (directa ou indirectamente relatado através de falta de atenção, indecisão e vacilação)  
3. Diminuição do tempo dispendido em actividades ou diminuição da produtividade  
4. Parou de trabalhar devido à doença actual

**3. SINTOMAS SOMÁTICOS, GASTROINTESTINAIS**

0. Nenhum  
1. Perda de apetite (mas a comer sem precisar de incentivo, sensação de abdómen pesado)  
2. Dificuldade em comer sem incentivo (pede ou necessita de laxantes ou medicação para os intestinos ou sintomas GI)

**4. PERDA DE PESO**

0. nenhuma perda de peso ou perda de peso não causada pela doença actual  
1. perda de peso provavelmente associada à doença  
2. Perda de peso (segundo opinião do doente)

Perda de peso desde a última visita: \_\_\_\_\_ Kg

**5. INSÓNIA, PRECOCE**

0. Sem dificuldade em adormecer  
1. Dificuldade ocasional em adormecer (mais de ½ hora)  
2. Dificuldade em adormecer à noite

**6. INSÓNIA, MEIO DA NOITE**

0. Sem dificuldades  
1. Queixas de sono agitado durante a noite  
2. Acorda durante a noite (se sair da cama, excepto para urinar ou evacuar, equivale a 2 pontos)

**7. INSÓNIA, TARDIA**

0. Sem dificuldades  
1. Acorda de madrugada mas volta a adormecer  
2. Não consegue voltar a adormecer se sair da cama

**8. SINTOMAS SOMÁTICOS, GERAIS**

0. Nenhum  
1. Peso nos membros, costas ou cabeça (dores nas costas, dores de cabeça, dores musculares, perda de energia e fadiga)  
2. Qualquer sintoma bem definido equivale a 2 pontos

**9. SINTOMAS GENTAIS**

0. Ausentes  
1. Moderados  
2. Graves

**10. SENTIMENTOS DE CULPA**

0. Ausentes  
1. Auto censura (desiludir as pessoas)  
2. Sentimentos de culpa ou remorso sobre erros ou pecados passados  
3. A doença presente é um castigo. Ilusão de culpa  
4. Ouve vozes acusadoras ou denunciadoras e/ou tem alucinações visualmente ameaçadoras

**11. SUICÍDIO**

0. Ausente  
1. Sente que a vida não vale a pena ser vivida  
2. Deseja morrer (ou pensamentos sobre a própria morte)  
3. Ideias ou gestos suicidas  
4. Tentativas de suicídio (qualquer tentativa séria equivale a 4 pontos)

Protocolo POC nº: \_\_\_\_\_

Nº Processo: \_\_\_\_\_

**12. ANSIEDADE, PSÍQUICA**

- 0. Ausente
- 1. Tensão e irritabilidade subjectivas
- 2. Preocupa-se com assuntos menores
- 3. Atitude apreensiva detectada na face ou no discurso
- 4. Medo expresso sem ser questionado

☐

**13. ANSIEDADE, SOMÁTICA**

- 0. Ausente
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Grave
- 4. Incapacitante

☐

**14. HIPOCONDRIA**

- 0. Nenhuma
- 1. Auto-absorvimento pelo corpo
- 2. Preocupação com a saúde
- 3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda
- 4. Ilusões hipocondríacas

☐

**15. RETARDAMENTO**

- 0. Discurso e pensamento normais
- 1. Ligeiro retardamento na entrevista
- 2. Retardamento óbvio na entrevista
- 3. Entrevista difícil
- 4. Letargia completa

☐

**16. AGITAÇÃO**

- 0. Nenhuma
- 1. Inquietação
- 2. Brincar com as mãos, cabelo, etc.

☐

**17. OBSERVAÇÃO PRÓPRIA**

- 0. Reconhecer estar deprimido e doente
- 1. Admite a doença mas atribui a causa à má comida, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descansar ou outra desculpa
- 2. Nega completamente estar doente

☐

**18. VARIAÇÃO DIURNA**

- 0. Ausente
- 1. Moderada
- 2. Grave

☐

Os sintomas agravam-se de manhã \_\_\_\_\_ horas; ou à noite \_\_\_\_\_ horas

**19. DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO**

- 0. Ausente
- 1. Ligeira
- 2. Moderada
- 3. Grave
- 4. Incapacitante

☐

**20. SINTOMAS PARANÓIDES**

- 0. Nenhum
- 1. Suspeita
- 2. Ideias de referência
- 3. Ilusões de referência e perseguição

☐

**21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS**

- 0. Ausentes
- 1. Moderados
- 2. Graves

☐

**PONTUAÇÃO:**

0-7 Nenhuma / Depressão Mínima

8-17 Depressão Ligeira

18-25 Depressão Moderada

≥ 26 Depressão Grave



**ESCALA DE HAMILTON PARA A ANSIEDADE**  
(Hamilton M., 1959 – versão portuguesa)

Para cada item, escreva na caixa apropriada, a pontuação que melhor caracteriza o doente durante a semana que passou.

Pontuação: 0. Ausente; 1. Ligeiro; 2. Moderado; 3. Severo; 4. Muito Severo

**1. HUMOR ANSIOSO**

Preocupações, antecipação do pior, medo antecipatório, irritabilidade

☐**2. TENSÃO**

Sensação de tensão, fadiga, choro fácil, tremor, sensação de inquietação, incapacidade para se relaxar

☐**3. MEDOS**

Do escuro, de desconhecidos, de ser deixado sozinho, dos animais, do trânsito, das massas humanas

☐**4. INSÓNIA**

Dificuldade em adormecer, sono fragmentado, sono pouco reparador e cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores nocturnos

☐**5. INTELECTUAL**

Dificuldades de concentração, memória fraca

☐**6. HUMOR DEPRESSIVO**

Perda de interesse, falta de entusiasmo pelas actividades nos tempos livres, depressão, despertar precoce, variação de humor durante o dia

☐**7. SINTOMAS SOMÁTICOS (MUSCULARES)**

Dores musculares, espasmos, rigidez, convulsões mioclónicas, bruxismo, voz trémula, hipertonia

☐**8. SINTOMAS SOMÁTICOS (SENSORIAIS)**

Zumbidos, alterações visuais, flushs de calor e de frio, sentimentos de debilidade, sensação de prurido

☐**9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES**

Taquicardia, palpitações, precordialgias, sensação de desmaio, arritmias

☐**10. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS**

Sensação de pressão ou constrição no peito, sensação de falta de ar, suspiros, dispneia

☐**11. SINTOMAS GASTROINTESTINAIS**

Dificuldades de deglutição, cólicas abdominais, sensações de ardência, sensação de enfartamento abdominal, náuseas, vômitos, borborinhos, diarreia, perda de peso, obstipação

☐**12. SINTOMAS UROGENITAIS**

Micções frequentes, urgência em urinar, amenorreia, menorragia, desenvolvimento de frigidez, ejaculação precoce, perda da libido, impotência

☐**13. SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS**

Secura de boca, rubor, palidez, sudoração profusa, vertigens, cefaleias de tensão, erecção pilosa

☐**14. ATITUDE DURANTE A ENTREVISTA**

Agitação, inquietação psicomotora, trémulo das mãos, semblante tenso, suspiros ou respiração rápida, palidez facial, respiração entrecortada, tics, transpiração

☐

Total: \_\_\_\_\_

**Anexo IV- Aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da  
Universidade do Porto (FMDUP)**

Exma. Senhora  
Estudante Cláudia Sofia Barbosa da Costa Ribeiro  
Curso de Mestrado Integrado em  
Medicina Dentária da  
Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

0144

29 JAN 2014

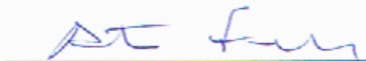
**Assunto:** Avaliação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto do Plano de Atividades a realizar no âmbito da unidade curricular "Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica" do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e cujo título é: "Manifestações orais e alterações do perfil psicossomático em doentes com anorexia e bulimia".

Informo V. Exa. que o projeto supra citado foi:

- **Aprovado** na reunião da Comissão de Ética do dia 29 de janeiro de 2014.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética



António Felino  
(Professor Catedrático)

**Anexo V– Autorização do diretor da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar São João, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**



António Roma Torres, diretor do Serviço da clínica de psiquiatria e saúde mental do centro hospitalar São João, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declara que concorda com a execução da Monografia de investigação, da aluna Cláudia Sofia Barbosa da Costa Ribeiro, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, subordinada ao tema "Manifestações orais e alterações do perfil psicossomático em doentes com anorexia e bulimia".

Porto, 6 de Dezembro de 2013

António Roma Torres

## **Anexo VI- Explicação do estudo**

## EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

**Título:** “Manifestações Orais e Alterações do Perfil Psicossomático em doentes com Anorexia e Bulimia”

**Objetivos:** Esta proposta de investigação tem como pretensão a análise das manifestações orais e temporomandibulares nos doentes com Distúrbios Alimentares. Acessoriamente estudar a relação entre os doentes diagnosticados com distúrbios alimentares e parafunções orais.

### **Metodologia:**

#### Amostra

A execução deste estudo será efetuada num grupo de 30 doentes (n=30) do serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São João da Consulta de Comportamento Alimentar, diagnosticados com distúrbios Alimentares cuja seleção seria limitada a doentes diagnosticados com Anorexia e Bulimia.

O grupo de doentes selecionado seria devidamente informado sobre as características do estudo a ser efetuado, sendo assegurada a confidencialidade dos dados do mesmo e o anonimato das fichas clínicas, deste modo todos os doentes participantes no estudo assinariam voluntariamente a declaração de consentimento apresentada segundo a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964-, Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000).

#### Avaliação clínica

A observação dos doentes participantes seria efetuada pelo mesmo operador, de forma a minimizar a probabilidade de erros inter-observador.

O diagnóstico psiquiátrico seria efetuado por um Médico Psiquiatra, assistente hospitalar, do Hospital de São João do Porto.

O estudo seria constituído pelo: Preenchimento inicial de uma ficha clínica com os dados do doente e a história clínica;

-Exame clínico intra-oral para avaliação do estado geral da dentição, padrões de desgaste dentário e diagrama da cinemática mandibular.



- Exame clínico extra-oral com palpação muscular da Articulação Temporomandibular, ATM;
- Molde do maxilar superior para a execução de Bruxchecker® para avaliação dos padrões de desgaste noturnos;
- Execução de exame com Bitestrip® para avaliação do nível de atividade noturna dos músculos mastigatórios, para estudar os potenciais bioelétricos noturnos.

**Resultados/ benefícios esperados:**

Com esta investigação pretende-se verificar a existência de alterações orais e da ATM em doentes diagnosticados com anorexia e bulimia.

**Riscos /desconforto:**

A presente investigação não acarreta riscos que comprometam a saúde ou integridade dos doentes. Os moldes do maxilar superior não envolvem materiais nocivos para a saúde.

**Caraterísticas éticas:**

A investigação será realizada após o consentimento informado de cada doente que participe na amostra.

Será fornecido a cada doente a explicação do estudo, sendo que qualquer dúvida será prontamente esclarecida pelo investigador.

Todos os dados obtidos durante esta investigação estão sujeitos à confidencialidade e proteção de dados de acordo com as regras de Bioética neste tipo de investigação.

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Declaro que recebi, li e compreendi a explicação do estudo.

**Assinatura do participante:**

\_\_\_\_\_



## **Anexo VII- Declaração de Consentimento Informado**

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

## **Designação do Estudo:**

**“Manifestações Orais e Alterações do Perfil Psicossomático em Doentes com Anorexia e Bulimia”**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo)** -----

**Responsável pelo doente (nome completo)** -----

-----, declaro que o mesmo não participa em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da sua situação clínica e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2014

**Assinatura do Responsável pelo doente:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome: Cláudia Sofia Barbosa da Costa Ribeiro**

**Assinatura:**

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

## **Designação do Estudo:**

**“Manifestações Orais e Alterações do Perfil Psicossomático em Doentes com Anorexia e Bulimia”**

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) \_\_\_\_\_**  
\_\_\_\_\_, declaro não ter participado em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2014

**Assinatura do doente ou voluntário são:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome: Cláudia Sofia Barbosa da Costa Ribeiro**

**Assinatura:**

## **Anexo VIII- Declaração de autoria**



## DECLARAÇÃO

### Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

18 / 07 / 2014

Cláudia Sofia Barbosa da Costa Ribeiro  
O / A investigador(a)

## **Anexo IX- Parecer do Orientador (Entrega do trabalho final)**

**PARECER**  
**(Entrega do trabalho final de Monografia)**



Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pelo(a)  
Estudante Cláudia Sofia Barbosa da Costa Ribeiro  
com o título: Manifestações físicas e alterações do perfil psicossomático em dentes com Ansiedade e bulimia  
está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e  
encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

18/07/2014

O(A) Orientador(a)

João Paulo Ribeiro